

令和7(2025)年度 認知症介護実践研修(実践者研修) 受講申込書(第〇回)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

記入例

(申込者)
 所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇
 法人名 社会福祉法人〇〇会
 事業所等の名称 特別養護老人ホーム△△
 代表者職・氏名 施設長 施設 長子
 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
 メールアドレス 〇〇@〇〇.ne.jp

※ 上記が受講決定通知の送付先となります。

(フリガナ)		シセツ ナガミ				
氏名		施設 長美				
生年月日		昭和・平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日				
勤務先 (新設事業所の場合は予定を記入)	法人名	社会福祉法人〇〇会				
	事業所名	特別養護老人ホーム〇〇				
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宇都宮市〇〇〇〇〇				
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	携帯番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	FAX番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	メールアドレス	〇〇@〇〇.ne.jp ※ 大文字・小文字の区別、ハイフン(-)、アンダーバー(_)などを正確に記入。				
役職名		〇〇〇 ※ 管理者、介護主任、ユニットリーダーなど				
職務の内容		〇〇〇〇〇 ※ 介護職、生活相談員、看護職など				
従事するサービスの種類 (該当するものに○) 複数選択可	1	介護老人福祉施設	10 特定施設入所者生活介護			
	2	介護老人保健施設	11 認知症対応型共同生活介護			
	3	介護医療院	12 認知症対応型通所介護			
	4	訪問介護	13 小規模多機能型居宅介護			
	5	訪問看護	14 居宅介護支援			
	6	訪問リハビリテーション	15 複合型サービス			
	7	通所介護	その他			
	8	通所リハビリテーション	16 ()			
	9	短期入所生活介護	()			
資格 複数選択可	1	介護福祉士	6 介護職員初任者研修(旧訪問介護員2級)			
	2	社会福祉士	7 介護支援専門員			
	3	看護師	8 社会福祉主事任用資格			
	4	准看護師	9 その他			
	5	介護福祉士実務者研修(旧訪問介護員1級)	()			
認知症介護基礎研修または受講要件を満たす他の研修の受講履歴		研修の名称 上記資格を有しない場合は要記入	受講修了年月日 年 月 日			
過去の申込状況 (2回)	申込年度(直近) 令和5年度 第1回 令和6年度 第1回	研修で学びたいこと (本人自書)	空欄不可、具体的に記載すること。			
身体介護等に係る実務経験 ※直近の勤務先を記載	勤務先	職務内容	勤務期間			
	〇〇デイサービスセンター	介護業務	平成16年 8月～令和3年 2月(15年 6か月間)			
	特別養護老人ホーム〇〇	介護業務	令和3年 〇月～研修初日 (4年 〇か月間)			
研修初日時点の合計実務経験 ※全ての介護実務年数を記載			19年 〇か月間			
受講目的 1～5のいずれかを選択	事業所の種類	1	認知症対応型共同生活介護事業所	3	複合型サービス事業所	
		2	小規模多機能型居宅介護事業所	4	認知症対応型通所介護事業所	
			5	その他(特別養護老人ホーム)		
	地域密着型サービス事業所の指定基準関係	1	事業所の新設	開設予定年月日: 年 月 日 ア 管理者に就任 イ 計画作成担当者に就任		
		2	管理者の変更	変更予定年月日: 年 月 日 変更理由:		
3		計画作成担当者的変更	変更予定年月日: 年 月 日 変更理由:			
4		管理者又は計画作成担当者的の予備者				
その他(目的を具体的に)	5	5を選択した場合、空欄不可、具体的に記載すること。				
事業所内優先順位	2人申込中	1位	事業所内の本研修修了者数	1人	(旧基礎過程を含む)	
上記のとおり相違ありません。申し込みを希望します。 受講者氏名: 施設 長美 (本人自署)						
上記内容を確認し、研修の受講を許可します。 事業所等(法人)代表者職・氏名: 施設 長子 (代表者自署)						

- ・網掛け箇所は該当する数字に○を記載してください。申込書の内容を施設等の代表者が必ず確認し、提出してください。
- ・定員超過の場合は本申込書に基づき受講者の選考行いますので、申込書の各記入欄は漏れなく記載してください。また、受講要件となる実務経験年数や認知症介護基礎研修の受講状況等についても正確かつ漏れなく記入してください。